

Rückgabe während des Aufnahmeverfahrens spätestens bis zum 28. Februar!

ANMELDUNG

Für mein/unseres Kind beantrage/n ich/wir:

- ☐ die Aufnahme in die Krippe
- ☐ die Aufnahme in die Regelgruppe (Kindergarten)

Angaben über das Kind

Vorname Name

Geburtsdatum Nationalität

Strasse PLZ/Wohnort

Geschwisterzahl Religion

Mitglied der Gemeinde St. Nikolai ☐ ja ☐ nein

Angaben über die Erziehungsberechtigten

Eltern **Mutter** **Vater**

Nachname

Vorname

Anschrift

Telefon privat

@ Mail Adresse

Beschäftigt bei

Nationalität

Religion

Mitglied der Gemeinde St. Nikolai ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Bitte wenden =>

Ich/Wir wünsche/n mir/uns folgenden Betreuungsumfang:

Kernbetreuungszeit	Sonderöffnungszeiten
☐ <u>Vormittagsgruppe</u> 08.00 – 12.00 Uhr	☐ Frühdienst von 07.30 – 08.00 Uhr
☐ <u>Verlängerte Vormittagsgruppe mit Mittagessen</u> 08.00 – 14.00 Uhr	☐ Mittagsdienst von 12.00 – 13.00 Uhr
☐ <u>Ganztagsgruppe mit Mittagessen</u> 08.00 – 16.00 Uhr	

Zurzeit besucht mein/unser Kind

- ☐ keine Kindertagesstätte
☐ die Gruppe der Kindertagesstätte

Ich/wir habe/n das Kind

- ☐ in keiner anderen Kindertagesstätte angemeldet
☐ in der Kindertagesstätte angemeldet

Angaben zu der persönlichen Situation der Eltern:

- ☐ ich bin alleinerziehend und
☐ beide Eltern sind berufstätig
☐ einer der Elternteile ist berufstätig und der andere möchte eine Berufstätigkeit ausüben
☐ nur einer der Elternteile ist berufstätig
- ☐ übe eine Berufstätigkeit aus
☐ möchte eine Berufstätigkeit ausüben
☐ strebe z.Zt. keine Berufstätigkeit an

Arbeitsbescheinigung des Arbeitsgebers ist beigelegt ☐ ja ☐ nein

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen aus diesem Anmeldeformular im Rahmen der Platzvergabe (und ausschließlich dafür) an andere Kitas der Region und/ oder die Kommune weitergegeben werden

.....
Unterschrift(en) der/des Sorgeberechtigten

Verden, den



Ev. Kindertagesstätte
St. NIKOLAI

Leitung: A. Dombek Plattenberg 20, 27283 Verden Tel. 04231/84473 E-Mail: KTS.Nikolai.Verden@evlka.de



Evangelisch-lutherischer
Kindertagesstättenverband
Rotenburg-Verden

Arbeitsbescheinigung zum Antrag auf Kindertagesstättenbesuch

Frau/Herr ist bei uns beschäftigt.

☐ Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt Stunden
und ist folgendermaßen verteilt:

Montag Uhr bis Uhr

Dienstag Uhr bis Uhr

Mittwoch Uhr bis Uhr

Donnerstag Uhr bis Uhr

Freitag Uhr bis Uhr

☐ Unregelmäßige Schichtarbeit ☐ ja ☐ nein

☐ Er/Sie befindet sich in der Elternzeit

☐ Die Elternzeit endet am

☐ Er/Sie wird die Berufstätigkeit vor Ende der Elternzeit ab
wieder aufnehmen

Danach wird die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit folgendermaßen
Verteilt.

Montag Uhr bis Uhr

Dienstag Uhr bis Uhr

Mittwoch Uhr bis Uhr

Donnerstag Uhr bis Uhr

Freitag Uhr bis Uhr

.....
Ort, Datum

.....
Anschrift, Unterschrift, ggf. Stempel des Arbeitsgebers

Auskunft über eine vorgeschriebene Masernimpfung zur Betreuung in einer Kindertagesstätte

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ angemeldete Kita: _____

Gemäß § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) muss für Kinder, die in einer Kindertagesstätte betreut werden sollen, vor Beginn der Betreuung ein Nachweis über einen altersgerechten Masernimpfschutz bzw. gegebenenfalls über eine medizinische Kontraindikation vorgelegt werden.

Ein altersgerechter Masernimpfschutz liegt vor, wenn

- Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr mindestens eine Masernimpfung nachweisen können
- Kinder ab dem vollendeten 2. Lebensjahr zwei Masernimpfungen nachweisen können

Ohne den vorgeschriebenen Masernimpfschutz ist eine Betreuung Ihres Kindes in einer Kindertagesstätte nicht möglich.

Für eine weitere Bearbeitung Ihrer Anmeldung ist eine **Vorlage des Impfausweises** (inkl. der ersten Seite) notwendig. Dies kann zunächst als **Kopie des kompletten Impfausweises** in der Anlage zu dieser Auskunft erfolgen.

Der Original-Impfausweis ist nach der Zusage eines Kindertagesstättenplatzes, spätestens am ersten Tag der Betreuung in der Kindertagesstätte vorzulegen.

☐ Mein/Unser Kind ist gegen Masern geimpft. Eine entsprechende Kopie des Impfausweises liegt dieser Anmeldung bei.

☐ Mein/Unser Kind konnte aufgrund des Alters bisher noch nicht gegen Masern geimpft werden. Als Nachweis über die Impfberatung liegt die Kopie des Impfausweises bzw. die Bescheinigung über die Impfberatung bei.

☐ Mein Kind kann aus medizinischen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden. Die ärztliche Bescheinigung hierüber liegt bei.

Datum: _____ Unterschrift/en: _____